

Cpr.: _____

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Dansk Tandforsikring Administration ApS og Dansk Tandforsikring A/S kan indhente mit journalmateriale samt tilhørende røntgenbilleder fra såvel min nuværende, som tidligere tandlæge med henblik på administrationen af min nuværende, eller kommende tandforsikring. Denne samtykkeerklæring er gældende så længe min tandforsikring er i kraft.

Sted: _____

Dato: _____

Navn med blokbogstaver

Underskrift: _____